

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1968

THÈSE

N°

575

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Maurice GIZARDIN**

Né le 18 Juillet 1924 à FLOIRAC (Gironde)

*Externe des Hôpitaux de Paris*

*Licencié ès Sciences*

*Ingénieur - Chimiste*

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA LIPODYSTROPHIE DOULOUREUSE  
A PROPOS D'UN CAS : CONSIDÉRATIONS  
CLINIQUES ET ETIOPATHOLOGIQUES  
REVUE DE LA LITTÉRATURE

---

Président : Monsieur H. BRICAIRE (Professeur)

---

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne  
PARIS-VI\*

1968



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1968

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Maurice GIZARDIN

Né le 18 juillet 1924 à Floirac (Gironde)

Externe des Hôpitaux de Paris

Licencié ès Sciences

Ingénieur - Chimiste

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA LIPODYSTROPHIE

DOULOUREUSE A PROPOS D'UN CAS :

CONSIDERATIONS CLINIQUES ET ETIOPATHOLOGIQUES

REVUE DE LA LITTERATURE

-:-

Président : Monsieur H. BRICAIRE (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS - 6e

1968



## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E),  
 BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E),  
 CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), COSTE (F.),  
 DEBRE (R), DECHAUME (M), GALLIARD (H), GAUDARD  
 d'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), GIROUD (A),  
 HAZARD (R), HEUYER (G), LACOMME (M), LAMY (M),  
 LAROCHE (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J), LEVY-  
 SOLAL (E), LIAN (C), MADURO (R), MARCHAL (G),  
 MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P),  
 PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTHILLIS (D),  
 PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J),  
 STROHL (A), TANON (L), TURPIN (R), VERNE (J).

DOYEN

Georges BROUET

1er assesseur

Daniel BARGETON

2e assesseur

Jean GOSSET

### A - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

|                                       | MM.              |
|---------------------------------------|------------------|
| Anatomie .....                        | { DELMAS (A)     |
|                                       | { HUARD (P)      |
| à titre personnel .....               | CABROL (Ch)      |
| - - .....                             | OLIVIER (G)      |
| Anatomie et Cytologie patho- .....    | DELARUE (J)      |
| logiques à titre personnel .....      | NEZELOF (Ch)     |
| - - .....                             | ORCEL (L)        |
|                                       | { JAYLE (M.F)    |
| Biochimie médicale .....              | { DESGREZ (P)    |
|                                       | { POLONOVSKI (J) |
| Chimie Pathologique .....             | SCHAPIRA (G)     |
| à titre personnel .....               | CARTIER (P)      |
| - - .....                             | DREYFUS (J.Cl)   |
| Biologie médicale (à titre per- ..... | BOURLIERE (F)    |
| sonnel) .....                         | HARTMANN (L)     |
|                                       | { BUGNARD (L)    |
| Biophysique médicale .....            | { DJOURNO (A)    |
|                                       | { DOGNON (A)     |

|                                              |       |                  |
|----------------------------------------------|-------|------------------|
| Biophysique médicale                         |       |                  |
| à titre personnel                            | ..... | KELLERSHOHN (L)  |
| -                                            | ..... | GOUGEROT (L)     |
| -                                            | ..... | ROUCAIROL (J.Cl) |
| Cancérologie expérimentale                   | ..... | MATHE (G)        |
| Génétique fondamentale                       | ..... | LEJEUNE (J)      |
|                                              | ..... | { COUJARD (R)    |
| Histologie et Embryologie                    | ..... | { TUCHMANN-      |
|                                              | ..... | { DUPLESSIS (H)  |
| à titre personnel                            | ..... | RACADOT (J)      |
| Microbiologie                                | ..... | FASQUELLE (R)    |
| Bactériologie et Virologie                   | ..... | TOURNIER (P)     |
| à titre personnel                            | ..... | BARBIER (P)      |
| Parasitologie                                | ..... | LARIVIERE (M)    |
| Pathologie expérimentale et comparée         | ..... | MERKLEN (F.P)    |
| à titre personnel                            | ..... | LOEPER (J)       |
| Pharmacologie                                | ..... | { BOISSIER (J.R) |
|                                              | ..... | { LECHAT (P)     |
|                                              | ..... | { BARGETON (D)   |
| Physiologie                                  | ..... | { MALMEJAC (J)   |
|                                              | ..... | { PARROT (J)     |
| à titre personnel                            | ..... | DEJOURS (P)      |
| Physiologie et biologie appliquée aux sports | ..... | SCHERRER (J)     |

## B - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

### I°- Médecine

|                                               |       |                 |
|-----------------------------------------------|-------|-----------------|
| Biologie médicale                             | ..... | FAUVERT (R)     |
| Histoire de la Médecine et de la Chirurgie    | ..... | COURY (Ch.)     |
| Hygiène et Médecine préventive                | ..... | BOYER (J)       |
| Médecine du Travail                           | ..... | DESOILLE (H)    |
| Médecine légale, droit médical et déontologie | ..... | DEROBERT (L)    |
| Pathologie exotique                           | ..... | BRUMPT (L.C)    |
|                                               | ..... | { BUGE (A)      |
|                                               | ..... | { BRICAIRE (H)  |
| Pathologie médicale                           | ..... | { CORNET (A)    |
|                                               | ..... | { HOUSSET (E)   |
|                                               | ..... | { LAROCHE (Cl.) |

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| Pathologie médicale         |              |
| à titre personnel           | AZERAD (E)   |
| -                           | BOUR (H)     |
| -                           | BROCARD (H)  |
| -                           | CAROLI (J)   |
| -                           | FACQUET (J)  |
| -                           | LAMBLING (A) |
| -                           | LAUNAY (Cl.) |
| -                           | PAYET (M)    |
| -                           | PERRAULT (M) |
| -                           | SIGUIER (F)  |
| -                           | WORMS (R)    |
| -                           | BOUVIER (J)  |
| Pathologie respiratoire     | TURIAF (J)   |
| Pathologie et Thérapeutique |              |
| générales                   | MAURICE (P)  |
| Thérapeutique               | LAMOTTE (M)  |
| Thérapeutique appliquée     | MARCHE (J)   |

#### Chaires de Cliniques :

|                                                     |               |
|-----------------------------------------------------|---------------|
| Clinique cardiologique (Boucicaut)                  | LENEGRE (J)   |
| - (Broussais)                                       | SOULIE (P)    |
| Clinique dermatologique (St-Louis)                  | DUPERRAT (F)  |
| Clinique des maladies cutanées                      |               |
| et syphilitiques (Saint-Louis)                      | DEGOS (R)     |
| Clinique endocrinologique (Pitié)                   | DECOURT (J)   |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) | MOLLARET (P)  |
| à titre personnel                                   | BASTIN (R)    |
| Clinique des maladies mentales et                   |               |
| de l'encéphale (Sainte-Anne)                        | DELAY (J)     |
| à titre personnel (neuro-                           |               |
| psychiatrie)                                        | PICHOT (P)    |
| Clinique des maladies du système                    |               |
| nerveux (Salpêtrière)                               | CASTAIGNE (P) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière)                 | GARCIN (R)    |
| à titre personnel                                   | LHERMITTE (F) |
| Clinique de neuro-psychiatrie                       |               |
| infantile (Salpêtrière)                             | MICHAUX (L)   |

|                                                                          |                 |                |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| Clinique des maladies du sang                                            |                 |                |
| (Broussais)                                                              |                 | BERNARD (J)    |
| à titre personnel (hématologie)                                          |                 | ANDRE (R)      |
| -                                                                        | -               | BOUSSER (J)    |
| -                                                                        | -               | DREYFUS (B)    |
| Cliniques médi-<br>cales                                                 | { Bicêtre       | DEPARIS (M)    |
|                                                                          | { Broussais     | MILLIEZ (P)    |
|                                                                          | { Cochin        | PEQUIGNOT (H)  |
|                                                                          | { Hôtel-Dieu    | BARIETY (M)    |
|                                                                          | { Pitié         | DREYFUS (G)    |
|                                                                          | { Saint-Antoine | BOUDIN (G)     |
|                                                                          | { -             | CONTE (M)      |
|                                                                          | { -             | KOURILSKY (R)  |
| Clinique médicale propédeutique                                          |                 | JUSTIN-        |
| (Broussais)                                                              |                 | ELSANCON (L)   |
| Clinique thérapeutique médicale                                          |                 |                |
| (Saint-Antoine)                                                          |                 | LEMAIRE (A)    |
| Clinique et Séméiologie médicales                                        |                 |                |
| (Antoine-Chantin)                                                        |                 | DOMART (A)     |
| Séméiologie médicale (Lariboisière)                                      |                 | BOUVRAIN (Y)   |
| -                                                                        | - (Pitié)       | RAMBERT (P)    |
| -                                                                        | - (Rothschild)  | WOLFROMM (R)   |
| Clinique d'Hydrologie et de Cli-<br>matologie (Bichat)                   |                 | DEBRAY (Ch)    |
| à titre personnel                                                        |                 | GIBERTON (A)   |
| Clinique médico-sociale du diabète<br>sucré et des maladies métaboliques |                 |                |
| (Hôtel-Dieu)                                                             |                 | DEROT (M)      |
| Clinique néphrologique (Necker)                                          |                 | HAMBURGER (J)  |
| à titre personnel                                                        |                 | RICHT (G)      |
| -                                                                        | -               | CROSNIER (J)   |
| Clinique de Génétique médicale                                           |                 |                |
| (Enfants-Malades)                                                        |                 | ROYER (P)      |
| Clinique des maladies des enfants                                        |                 |                |
| (Enfants-Malades)                                                        |                 | MOZZICONACCI ( |
| Clinique médicale infantile et de<br>pédiatrie sociale (Enfants-Malades) |                 | MARIE (J)      |
| Clinique de pédiatrie (Trousseau)                                        |                 | BRISAUD (H)    |
| à titre personnel                                                        |                 | LESOBRE (R)    |
| Clinique de pédiatrie et de pué-<br>riculture (Saint-Vincent-de-Paul)    |                 | THIEFFRY (S)   |

MM.

|                                                        |                  |
|--------------------------------------------------------|------------------|
| Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau) | LAPLANE (R)      |
| à titre personnel                                      | POLONOVSKI (Cl.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)              | BROUET (G)       |
| à titre personnel                                      | KREIS (B)        |
| - -                                                    | MEYER (A)        |
| Clinique de rééducation motrice                        | GROSSIORD (A)    |
| Electroradiologie                                      | { LEDOUX-        |
|                                                        | { LEBARD (M)     |
|                                                        | { LEFEBVRE (J)   |
| Radiologie médicale                                    | DESGREZ (H)      |
| à titre personnel                                      | FISCHGOLD (H)    |
| - -                                                    | TUBIANA (M)      |
| - -                                                    | CHERIGIE (E)     |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)  | DELBARRE (F)     |
| Clinique rhumatologique (Lariboisière)                 | SEZE (S.de)      |
| Clin. toxicologique (Fernand-Widal)                    | GAULTIER (M)     |
| 2°- Chirurgie                                          |                  |
| Anesthésiologie                                        | VOURC'H (G)      |
|                                                        | { LAURENCE (G)   |
| Pathologie chirurgicale                                | { KUSS (R)       |
|                                                        | { N...           |
| à titre personnel                                      | RAMADIER (J)     |
| Physiologie et pathologie obstétricales                | MORIN (P)        |
| Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale      | MONSAINGEON (A)  |
| Chaires de Cliniques :                                 |                  |
| Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)               | DENOIX (P)       |
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)          | REDON (H)        |
| à titre personnel                                      | BREHANT (J)      |

|                                                                         |                     |                             |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
|                                                                         | { Beaujon .....     | LORTAT-JACOB (J.L.)         |
|                                                                         | { - .....           | BAUMANN (J)                 |
| Cliniques chi-                                                          | { Cochin .....      | LEGER (L)                   |
| rurgicales                                                              | { Hôtel-Dieu .....  | PATEL (J)                   |
|                                                                         | { St-Antoine .....  | GOSSET (J)                  |
|                                                                         | { Salpêtrière ..... | SICARD (A)                  |
|                                                                         | { Tenon .....       | OLIVIER (Cl.)               |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) .....                   |                     | ROUX (M)                    |
| Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) .....                 |                     | POILLEUX (F.)               |
| Séméiologie et clinique chirurgicales (Saint-Louis) .....               |                     | DEBEYRE (J)                 |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) .....    |                     | MERLE d'AUBIGNE (R)         |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch) .....      |                     | PADOVANI (P)                |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon) .....   |                     | CAUCHOIX (J)                |
| Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré) .....       |                     | JUDET (R)                   |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... |                     | FEVRE (M)                   |
| à titre personnel .....                                                 |                     | CHIGOT (P.L)                |
| Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais) .....                |                     | DUBOST (Ch.)                |
| Clinique de chirurgie thoracique (Laennec) .....                        |                     | MATHEY (J)                  |
| à titre personnel .....                                                 |                     | GAUDART D'ALLAINES (Cl. de) |
| Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) .....                    |                     | HUGUIER (J)                 |
| Clinique obstétricale (Baudelocque) .....                               |                     | LEPAGE (F)                  |
| Clinique obstétricale (Saint-Antoine) .....                             |                     | MERGER (R)                  |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .....               |                     | VARANGOT (J)                |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) .....                               |                     | DAVID (M)                   |
| à titre personnel .....                                                 |                     | LEBEAU (J.)                 |

|                                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
|                                                           | MM.            |
| Clinique ophtalmologique (Cochin)...                      | BREGEAT (P)    |
| - - (Hôtel-Dieu)...                                       | OFFRET (G)     |
| Clinique oto-rhino-laryngologique<br>(Lariboisière) ..... | AUBRY (M)      |
| Clinique stomatologique<br>(Salpêtrière) .....            | CERNEA (P)     |
| Clinique urologique (Cochin) .....                        | ABOULKER (P)   |
| - - (Necker) .....                                        | COUVELAIRE (R) |

#### C - PROFESSEURS SANS CHAIRE

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| Anatomie .....              | GILLOT (Cl.)           |
| Anatomie pathologique ..... | GOUYGOU (Ch.)          |
| Bactériologie .....         | CHRISTOL (D)           |
| Bactériologie .....         | LE MINOR (L)           |
|                             | { CARTIER (P)          |
| Biochimie médicale .....    | { GONNARD (P)          |
|                             | { NORDMANN (J)         |
| Chirurgie .....             | CERBONNET (G)          |
|                             | { BESSIS (M)           |
| Hématologie .....           | { BILSKI-PLISQUIER (G) |
|                             | { BLANCHER (G)         |
| Hygiène .....               | { CORRE-HURST (Me L)   |
|                             | { CECCAL (P)           |
| Médecine légale .....       | { HADENGUE (A)         |
|                             | { FOURNIER (E)         |
| Médecine générale .....     | AUSSANNAIRE (M)        |
| Maladies infectieuses ..... | DUPONT (V)             |
| Neuro-psychiatrie .....     | TARDIEU (G)            |
| Pédiatrie .....             | ROSSIER (A)            |
|                             | { COURSAGET (J)        |
| Physique médicale .....     | { GREMY (F)            |
|                             | { PELLERIN (P)         |
|                             | { DURAND (J)           |
| Physiologie .....           | { GIRARD (Fr.)         |
|                             | { HUGELIN (A)          |
| Stomatologie .....          | CHAPUT (Mme A)         |
| Pharmacologie .....         | SCHMITT (H)            |

#### D - PROFESSEURS DETACHEES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Pathologie chirurgicale ..... | RUDLER (J) |
|                               | Pr.s.ch.   |

## E - PROFESSEURS ASSOCIES

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
|                                  | MM.                      |
| Hormonologie .....               | MORICARD (R)             |
| Statistique médicale et          |                          |
| épidémiologie .....              | SCHWARTZ (D)             |
| Néphrologie .....                | MAXWELL (M)              |
| Secrétaire général de la Faculté | M. LENA (J)              |
| Conseiller administratif .....   | M. SALLIER (G)           |
| Conservateur en Chef de la Bi-   | {                        |
| bliothèque .....                 |                          |
| Conservateur du Musée d'Histoire |                          |
| de la Médecine .....             | M.le Docteur<br>HAHN (A) |
|                                  | {                        |
| Conservateurs .....              | Mme FORGET (F)           |
|                                  | Mlles DUMITRE (P).       |
|                                  | { LAURENT(H), LE NOIR    |
|                                  | {                        |
|                                  | Mmes CONTET (J)          |
|                                  | Mlles DUROZOY(M.F)       |
| Bibliothécaires .....            | { ROBERGE (D),           |
|                                  | { LE QUANG LINH (G),     |
|                                  | { REUGE (M)              |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A tous les MIENS

Parents et amis



A Monsieur le Professeur Henri BRICAIRE

Professeur à la Faculté de Médecine de  
Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très grand  
honneur d'accepter la prési-  
dence de cette thèse

Qu'il trouve ici l'expression  
de ma profonde reconnaissance  
et mes respectueux sentiments



A Monsieur le Docteur Jean LEBOURGES

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Assistant des Hôpitaux de la région  
parisienne

Qui a bien voulu nous inspirer  
le sujet de cette thèse et  
nous aider de ses conseils

Nous voudrions qu'il trouve ici  
l'expression de notre profonde  
gratitude et de notre fidèle  
attachement



CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA LIPODYSTROPHIE  
DOULOUREUSE A PROPOS D'UN CAS :  
CONSIDERATIONS CLINIQUES ET ETIOPATHOLOGIQUES  
REVUE DE LA LITTERATURE



P L A N

---

1. Avertissement.
2. Historique.
3. Exposé d'une observation originale.
4. Clinique.
5. Anatomie pathologique.
6. Biologie.
7. Diagnostic.
8. Considérations étiopathogéniques.
9. Traitement.
10. Evolution.
11. Conclusions.
12. Documents en annexe.
13. Bibliographie.



I

AVERTISSEMENT

-:-

Isolée et décrite par DERCUM en 1888, cette curieuse maladie assez souvent controversée présente un intérêt certain par sa rareté, ses caractéristiques cliniques si particulières et aussi par le fait qu'elle se rattache au domaine encore indécis de la physiopathologie des infiltrations graisseuses et des obésités en général.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de cette lipodystrophie douloureuse, nous avons fait une revue générale de la littérature, dépouillant ainsi plus de 150 observations de la maladie de Dercum. Cela nous permet en particulier d'en tracer l'historique en relatant l'évolution de la conception de cette maladie au cours des années, par les auteurs des publications consultées.

o

o      o



## II

### HISTORIQUE

-:-

#### 1. La Reine de PUNT :

Bien avant la publication de DERCUM, la maladie qui porte son nom fut observée et il y a quelques 3.500 années un artiste égyptien nous a laissé un témoignage particulièrement précis.

Il s'agit en effet d'un bas-relief de DEIT-EL-BAHARI exposé actuellement au musée du Caire.

Cette sculpture représente la Reine de PUNT désignée familièrement "THE FAT QUEEN OF PUNT".

La photographie permet de se rendre compte que cette souveraine présente des masses lipomateuses à la racine des membres supérieurs et inférieurs. Ce qui nous paraît remarquable, c'est que l'artiste indique avec précision par une série d'encoches l'arrêt en bourrelets au niveau du coude de ces masses. De même la lipomatose abdominale est traduite de saisissante façon.

Il peut paraître osé de porter le diagnostic de lipodystrophie douloureuse à la vue de ce bas-relief, c'est cependant ce que n'ont pas craint d'affirmer quelques auteurs américains.

De toutes façons, il nous a paru intéressant de rapporter cette "observation" d'une lipomatose si ancienne, d'autant que le document photographique ne fut encore jamais publié.

## 2. 300 avant J.C. :

Dans le "Journal of American Medical Association", Chicago 1924, CRUMMER rapporte que l'on a trouvé à Athènes en 1914 des statuettes remontant à 300 avant J.C. exécutées en terre cuite polychrome et présentant des silhouettes de malades atteints par "l'adipose douloureuse".

Il s'agirait d'ex-voto déposés par des malades voulant guérir auprès des dieux en honneur à l'époque.

CRUMMER publie la photo d'une de ces statuettes de 12 cm. de hauteur qui présente une répartition de masses lipomateuses typiques d'une maladie de Dercum.

## 3. DERCUM : 1888-1889 isole la maladie :

En 1888, DERCUM présente au Congrès de Neurologie de Washington un malade atteint d'une adipose à caractères spéciaux qu'il décrit sous le nom de "DYSTROPHIE DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE DES BRAS ET DU DOS ASSOCIEE A DES SYMPTOMES ANALOGUES A CEUX DU MYXOEDEME".

Voici les principaux éléments de cette observation princeps :

Il s'agit d'une femme :

- vie génitale : début des règles à 15 ans,

mariée : 17 ans,  
ménopause : 35 ans.

- Maladie : début des troubles à l'âge de 49 ans. Se caractérise de suite par des bras volumineux et des masses importantes dans le dos. La palpation est douloureuse et donne l'impression de "paquets de ver". En association à l'infiltration graisseuse, on trouve des douleurs surtout aux bras et le long de divers trajets nerveux.

Par ailleurs cette malade présente un important syndrome neurologique : champ visuel rétréci, ouïe très perturbée, de même que le goût et l'odorat ; transpiration très diminuée et sensation de froid. DERCUM note aussi une tendance hémorragique nette : muqueuses buccales et pharyngées, hématémèse même.

Le reste de l'examen est négatif et en particulier aucun signe thyroïdien. La patiente est d'autre part irritable.

L'année suivante, à propos d'un nouveau cas qu'il sépare nettement du myxoedème et de l'obésité vulgaire, il lui semble justifié d'isoler une nouvelle entité morbide qu'il nomme adipose douloureuse pour mieux faire ressortir ces deux principaux symptômes : les tumeurs graisseuses et la douleur.

Puis DERCUM cherchera en d'autres travaux à préciser les symptômes et aussi à établir l'anatomie pathologique et la pathogénie.

De là une série d'autopsies de ces malades dont nous examinerons les résultats en un chapitre spécial.

#### 4. FRANCE 1901-1905 : Généralisation hâtive :

La maladie de DERCUM fut connue en France surtout par les travaux de VITAUT ( ) et de SELLERIN ( ), de P. SAINTOU et de J. FERRAND. Pour ces auteurs, la maladie de Dercum se caractérise essentiellement par les deux signes suivants :

- accumulation de graisse,
- douleurs,

suivent d'autres signes très souvent présents :

- asthénie,
- troubles psychiques.

Mais ces auteurs s'empressent de généraliser : quels que soient l'aspect et la topographie de l'adipose, quels que soient les caractères des douleurs, c'est la réunion des deux symptômes qui constitue l'entité appelée adipose douloureuse.

Dès lors des publications se succèdent et les descriptions se multiplient, rapprochant dans un même cadre des observations cliniquement disparates : nous avons relevé quelques séries où d'évidence même aucun lien commun n'existe entre les différents "cas" rapportés.

#### 5. 1906-1910 : Critiques :

Comment une telle individualisation clinique n'aurait-elle pas rapidement suscité des critiques nombreuses ?

SAINTON refuse à DERCUM la valeur d'une entité morbide et n'en fait qu'un syndrome clinique.

FULCONIS s'attarde sur les phénomènes psychiatriques souvent présents et en fait l'essentiel refusant le diagnostic de maladie de Dercum s'ils sont absents.

MIQUEL en arrive à la conclusion suivante qui est logique pour l'époque : "La maladie de Dercum n'est qu'une variété d'une seule et même affection constituant la catégorie des dystrophies cellulaires conjonctivo-vasculaires".

BORDE Robert : "Imprécise cliniquement, elle (la maladie de Dercum) n'a pas non plus de pathogénie qui lui soit propre..." Cela suffit à cet auteur pour douter de la notion même de la maladie de Dercum.

## 6. Mise en ordre :

- . CREMIEUX : classification des lipomatoses,
- . FENARD : caractères cliniques propres à Dercum.

. CREMIEUX, 1905, première classification valable des lipomatoses.

Cet auteur propose 5 catégories de lipomatose multiple symétrique :

1/ La lipomatose diffuse à prédominance cervicale isolée par Launois-Bensaude (1888) : accumulation énorme d'amas graisseux non encaps-

sulés distribués sur le corps à l'exception des extrémités.

2/ La lipomatose symétrique circonscrite ou maladie de ROCH-LERI constituée par des lipomes bien limités et encapsulés.

3/ La pseudolipomatose symétrique de Verneuil et Potain caractérisée par des amas sous-cutanés situés dans les fosses sus-claviculaires et qui serait intermédiaire entre eodèmes et lipomes.

4/ La maladie de Dercum ou lipodystrophie douloureuse pour laquelle dès 1888 DERCUM mettait l'accent sur la topographie rhizomélique de l'adiposité et sur la consistance à la palpation qui donne la sensation de paquets de vers ainsi que sur son caractère douloureux.

5/ Une lipomatose symétrique diffuse dont on ne connaissait que deux cas.

. FENARD 1911 : cet auteur met en lumière les caractères particuliers de la maladie de Dercum :

a) La topographie de l'adipose, son aspect segmentaire, la prédominance à la racine des membres avec cessation brusque de l'adipose en un bourrelet nettement accusé ;

b) La localisation spéciale de cette dystrophie graisseuse qui respecte complètement certains territoires :

- la face,
- les extrémités.

c) Les douleurs :

cet auteur analyse les phénomènes douloureux.

Tout d'abord il note qu'il en existe dans d'autres adiposes qui ne sont pas des maladies de Dercum ; il insiste sur la douleur à la palpation.

Au terme de son mémoire, FENARD propose de dénommer cette affection la maladie de Dercum ou Adipose douloureuse segmentaire rhizomélique.

Les caractères cliniques propres à la maladie de Dercum sont dès lors bien précisés : il s'agit d'une adipose douloureuse à répartition particulière des masses graisseuses qui prédominent à la racine des membres et respecte la face et les extrémités.

Cette dystrophie est douloureuse surtout à la pression ; on note que les femmes sont principalement victimes, l'on trouve souvent comme autres signes cliniques :

- asthénie
- troubles psychiatriques
- tendances hémorragiques
- antécédents d'alcoolisme.

Dès lors, les observations publiées ont une plus grande homogénéité, à tel point qu'il nous est arrivé au cours de nos recherches bibliographiques de vérifier soigneusement la référence de l'observation lue étant donné sa parfaite identité avec une autre déjà dépouillée et rapportée par un autre auteur.

De ce fait les auteurs s'attacheront plus précisément à essayer de dégager les causes de cette curieuse affection :

7. PASTEUR VALERY-RADOT attire l'attention sur l'hypophyse :

En effet, l'hypophyse est fréquemment atteinte. On la trouve lésée dans 9 observations de DERCUM à PASTEUR VALERY-RADOT en 1922 :

- DERCUM et MAC CARTY (1902)
- MADEBURG (1904)
- DEBURG (1904)
- GUILLAING et ALQUIER (1906)
- PRICE (1909)
- BABONNEIX et SPARONSKY (1913)
- FOURNIER (1919)
- PASTEUR VALERY-RADOT (1922)

Depuis d'ailleurs, les observations identiques ne manquent pas. Les modifications trouvées seraient des adénomes, des carcinomes ou des gliomes.

8. Guy LAROCHE 1928 : douleur = cellulite.

Cet auteur estime que la maladie de Dercum est selon la forme clinique soit une obésité simple, soit une adipose localisée comme celle du type Barraquer-Simmonds, soit une lipomatose symétrique sur laquelle s'est greffée de la cellulite.

La maladie de Dercum n'existe donc pas ; les douleurs proviennent de la cellulite, de la névrite ou de rhumatisme ; l'asthénie et les troubles psychiques sont, s'ils existent, surajoutés.

9. DECOURT, GUILLEMAIN et DEMANGE, 1936 : Adipose = altération nerveuse.

Ces auteurs estiment que pour l'adipose des maladies de Dercum, il s'agit d'un facteur trophique résultant d'une altération segmentaire des centres nerveux végétatifs assurant la régulation fonctionnelle du tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

10. DEGENNES, BRICAIRE et DURUPT, 1946 :

A propos d'un cas "Syndrome de Dercum : apparition de multiples signes hypophysaires dont une acromégalie fruste".

Les auteurs mettent l'accent sur la fragilité capillaire de la malade et concluent que l'association d'un syndrome de Dercum et d'un hyper pituitarisme n'est pas un hasard mais doit évoquer une origine (hypophysaire) ou hypothalamo-hypophysaire du syndrome de Dercum.

11. MASSARDIER, 1959 :

Thèse de Paris à propos d'un cas présentant comme aussi l'observation précédente un diabète insipide. L'auteur écarte la participation hypophysaire et admet une origine hypothalamique et conclut : "Le syndrome de Dercum serait

donc secondaire à une lésion des noyaux ventromédians de la base du 3ème ventricule de nature variée :

- néoformation
- séquelles d'encéphalite méningite aiguë
- intoxication éthylique...

Bien que nous ayons consulté un nombre très important d'articles, de mémoires, de publications, de thèses, nous ne pouvons bien sûr les analyser tous ici, nous avons rapporté ceux qui nous ont paru importants pour suivre l'évolution des idées en ce qui concerne l'adipose qui nous intéresse.

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Nous ne nous permettrons pas de conclure, mais de faire deux remarques :

1/ La maladie de Dercum est mentionnée par la plupart des auteurs :

- 1960 :

dans la collection des Précis du Praticien consacrée à l'obésité : MM. Pr. PERRAUT et DRY en font une obésité génétique : "La maladie de Dercum, apanage des femmes après la ménopause, se manifeste volontiers par des cas familiaux suggérant un mode de transmission dominant".

- 1964 :

dans un article de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, le Pr. HAZERAD propose la classification suivante des lipomatoses :

- a/ adénolipomatose de Launois-Bensaude,
- b/ la lipomatose symétrique des extrémités,

c/ la lipodystrophie de Barraquer-Simmons. Cet auteur isole la maladie de Dercum sur le caractère douloureux de la lipomatose.

Il s'agit de deux exemples pris dans la littérature la plus accessible normalement.

Sans critique ni conclusion, nous pouvons remarquer que ces écrits manquent de précision quant à la maladie qui nous intéresse.

2/ Dépassant le cadre et le problème particulier de la maladie de Dercum, l'avenir réside pour nous en l'étude expérimentale chaque jour plus précise : il s'agit d'une part des expérimentations animales, dites obésités expérimentales ; il s'agit aussi des progrès récents dans la connaissance du métabolisme des lipides et enfin de l'application de la théorie mathématique des ensembles et de la méthodologie cybernétique qui permettent l'approche et la compréhension des structures nerveuses de leur rôle, de leur influence sur les grandes voies métaboliques.

Nul doute que grâce à ces techniques, l'étude d'une maladie telle que celle de Dercum - intéressante car particulière - apporte des explications précises d'étiologie et de physiopathologie et permette dans les années à venir d'établir une classification rationnelle des différentes obésités dystrophiques et des lipomatoses décrites actuellement le plus souvent grâce à des considérations morphologiques.



III

OBSERVATION PERSONNELLE

-:-

Madame R... Renée, de 54 ans, femme de ménage, consulte pour une adipose considérable douloureuse.

Elle situe elle-même le début des troubles peu après 1962 où elle fut renversée par une voiture alors qu'elle traversait un passage clouté. Elle n'a pas de traumatisme crânien ni de fracture, mais des contusions multiples qui l'obligent à garder le lit pendant plus d'un mois, mais surtout elle ressent lors de l'accident un choc émotionnel extrêmement violent avec tremblement généralisé prolongé et logorrhée pendant plusieurs heures.

Peu à peu pendant son séjour au lit et pendant sa convalescence elle s'apaise, mais dès la reprise de la marche, elle extériorise une agoraphobie extrêmement marquée et il lui faudra de nombreux mois pour arriver à traverser une rue, même sur un passage clouté, sans appréhension notable.

Actuellement encore, elle prend de multiples précautions.

C'est environ deux ans après cet accident que

la déformation des bras est devenue telle qu'elle consulte son médecin ; on parle alors de cellulite.

Il semble qu'antérieurement l'on ait jamais décelé ces anomalies morphologiques.

Madame R... dit avoir été antérieurement très menue, ce que confirme une photographie qu'elle nous montre.

En 1933, âgée de 22 ans, elle pesait 33 kg.

En 1953, âgée de 42 ans, elle pèse approximativement le même poids (pour une taille de 1m,50), mais alors elle vient d'avoir de gros soucis conjugaux et, à partir de cette époque elle assure seule l'éducation et l'entretien de ses deux enfants encore jeunes.

Malgré son courage elle reste très angoissée ; son fils a eu une poliomyélite qui a laissé des séquelles importantes au membre inférieur droit. Sa fille a une cardiopathie grave.

Au point de vue pondéral, elle a, peu à peu, repris du poids et au moment de son accident, Madame R... pesait 55 kg (51 ans), et elle n'avait remarqué encore aucune déformation ni masses lipomateuses.

La survenue de ces masses, qui sont devenues douloureuses, conduit Madame R... à consulter.

#### ANTECEDENTS :

L'enfance et l'adolescence de Madame R... ont été également quelque peu traumatisées, ou plus exactement frustrées, puisque enfant naturelle

elle a été élevée par une parente. Elle n'a pu faire d'études et a dû travailler très tôt durement, sans être entourée, à ce qu'il apparaît effectivement.

Réglée à 14 ans.

A 15 ans, elle est immobilisée par une tumeur blanche du genou, pendant deux ans, et elle a une localisation tuberculeuse à la main gauche.

Mariée à 24 ans, elle donne naissance à deux enfants dans les premières années qui suivent son mariage.

En 1941 (à 30 ans), à la suite d'un traumatisme, reprise d'une hydarthrose du genou gauche, siège de la tumeur blanche ancienne, qui justifie une résection (Dr Etienne BERNARD à Saint-Joseph).

A 18 ans est survenu un épanchement pleural sérofibrineux de nature indéterminée, mais qui a nécessité six mois de repos complet.

A 44 ans, survenue de la ménopause, dans le même temps, perte de la libido.

En mars 1962, quelques mois après l'accident de la voie publique précédemment relaté, apparaissent progressivement des masses sous-cutanées, précédées de douleurs.

Ces douleurs sont à type de cuisson, de tiraillements aux mouvements volontaires surtout et ont tendance à disparaître au repos ; elles sont localisées dans les régions dystrophiques surtout aux bras.

Les masses sous-cutanées sont alors déjà visibles à la racine des bras et des cuisses et dans le bas du dos.

L'accroissement par poussées de ces masses lipomateuses inquiète l'entourage de la malade et entraîne son hospitalisation le 23 mars 1966 après plus de 3 ans d'évolution.

#### EXAMEN A L'ENTREE :

Madame R... est entrée habillée dans la salle d'examen : cette circonstance fortuite se révèle dans ce cas particulier intéressante puisque rien ne laisse deviner ainsi la présence des masses lipomateuses, absentes aux extrémités des membres, à la tête et au cou.

A l'examen, les masses lipomateuses sont évidentes et leur répartition évoque un "maillet de bain 1900" pour reprendre une des nombreuses comparaisons imagées que l'on trouve dans la littérature.

Ces masses siègent :

- à la face externe des épaules et des bras,
- à la face antérieure des cuisses, s'arrêtant très au-dessus des genoux,
- dans le dos, elles constituent des bourrelets horizontaux superposés bilatéraux ; ils sont séparés sur la ligne médiane par une dépression verticale ;
- l'abdomen est aussi infiltré d'une masse arrondie.

A la palpation, la consistance est irrégulière, lobulée, élastique ; la comparaison

classique de paquets de vers reste vraie ; cette palpation réveille des douleurs surtout au niveau des bras. La peau est tendue et adhérente à leur niveau, donnant l'image de la peau d'orange ; cette peau est au niveau des infiltrations de couleur normale, mais elle est brûlante.

D'autre part, on note une cyanose des extrémités des membres supérieurs et des mains qui sont toujours glacées, dit-elle.

La démarche est normale mais elle fatigue vite, et elle, si alerte autrefois, se plaint d'une asthénie importante depuis quelques mois.

Par ailleurs, il faut noter une diminution modérée mais nette de la force musculaire, surtout aux membres inférieurs.

Le reste de l'examen neurologique paraît normal : pas de troubles visuels, pas de signes d'hypertension intracrânienne, pas d'altérations des paires crâniennes.

Sur le plan de l'humeur, Madame R... avoue être une anxieuse mais son caractère a changé depuis cet accident, et actuellement, elle est souvent déprimée, elle pleure facilement "pour rien", dit-elle.

#### Autres appareils :

- Le foie est augmenté de volume en son bord inférieur et, semble-t-il, particulièrement dur et tranchant ;
- Rate non percevable, ni palpable ;
- T.A. : 16/8 ;

- Poids à l'entrée : 60 kg - taille : 1m,50 ;
- Polyurie légère : 3 litres/jour ;

Le reste de l'examen n'apporte aucun élément supplémentaire.

En résumé, il s'agit d'une femme ménopausée de 54 ans qui a une infiltration lipomateuse en masses bilatérales symétriques douloureuses, respectant la face et les extrémités ; à cette lipomatose s'ajoute une asthénie marquée ainsi qu'une fragilité capillaire.

Cet ensemble de signes est très évocateur d'une maladie de Dercum.

°  
° °

### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

#### Numération formule sanguine :

- Hémoglobine : 70 %
- Hématies : 3.600.000
- Leucocytes : 3.800

Neutres : 49 EOSINO : 2 Baso

Lymphocytes : 36 - Monocytes : 13

VS : 2/10/71 mm

Glycémie : 1,06 grammes/litre

Urée : 0,22 Gs/l

Tests de floculation : normaux

BSP : élimination normale

Protides totaux : 65 grammes/litre

Sérum albumine : 40 Gs/l

Globulines : 25 Gs/l

BW : négatif

Transaminases : TGO 60 unités TGP : 30

Taux de prothrombine : 100 %

Taux d'A.S. : 100 unités

17 céto urinaires : 2,90 mgs/24 heures

17 OH urinaires : 1,4 mgs/24 heures

Lipidémie : 7 grammes/litre

Uricémie : 70 mmg/l

Electrophorèse : Albumine : 47 %

|            |     |      |
|------------|-----|------|
| Globulines | α 1 | 4 %  |
|            | α 2 | 9 %  |
|            | β   | 18 % |
|            | γ   | 22 % |

Test de THORN dont les résultats s'établissent ainsi :

- Volume des urines : 2.850 ml

- Avant injection d'ACTH :

17 céto : 4,45 mg/24 h.

17 OH : 0,85 mg/24 h.

- Après injection d'ACTH : volume 3.300 ml

17 céto : 5,6 mgs/24 h.

17 OH : 2,6 mgs/24 h.

Autres examens :

Fond d'oeil : papilles à bords nets ; banale

angiosclérose diffuse ; RAS sur les rétines ;  
TAR : 35 gs (à gauche).

Réflexogramme Achilléen : normal

E.C.G. : tracé normal

RX pulmonaire : calcifications anciennes lobe supérieur droit, silhouette cardiaque normale, aorte imprégnation athéromateuse.

Biopsie musculaire : jambier antérieur droit : aucune anomalie histologique.

Biopsie (maux lipomateurs) (bras) : adipose banale.

Electromyogramme : muscles examinés : extenseurs communs des doigts, longs extenseurs des pouces, palmaires, premiers interosseux dorsaux, quadriceps et jambiers antérieurs DG.

Au repos on ne trouve pas d'activité spontanée de type fibrillaire.

Contraction volontaire : on trouve des tracés intermédiaires soit pauvres soit riches avec quelques potentiels accélérés (ext. des doigts à droite, jambier antérieur droit), ou alors avec des potentiels déchiquetés (ext. doigts à droite et à gauche), long extenseur du pouce gauche ou encore quelques potentiels très polyphasiques de durée très augmentée (1° I.O.D. à gauche et jambier antérieur droit).

En résumé : on trouve quelques signes d'atteinte neurogène mais aussi des caractéristiques d'atteinte myogène, mal systématisées et diffuses.

## TRAITEMENT-EVOLUTION

-:-

Le traitement fut le suivant :

- 1) régime restrictif en lipides et glucides
- 2) massages et rééducation journalière
- 3) vessie de glace sur les masses lipomateuses
- 4) infiltration in situ de Thiomucase
- 5) traitement par neuroleptiques et antidépresseurs.

Dans un premier temps il fut délicat de faire accepter les massages par la malade étant donné la douleur ressentie à la mobilisation de ces masses dystrophiques. L'asthénie joua aussi un rôle néfaste au début.

D'autre part au bout de quelques jours de traitement nous avons enregistré peu après la séance de massage matinale une véritable crise algique paroxystique ; ce phénomène s'est reproduit par la suite à deux reprises à un intervalle de 48 heures entre chaque crise.

Les douleurs paroxystiques durèrent chaque fois quelques heures, il était alors impossible de procéder à un examen, la malade redoutant le moindre attouchement.

La douleur ressentie est à type de broiement et de brûlures dans les deux bras. Elle s'apaisa enfin : les vessies de glace posées aux endroits douloureux se sont révélées efficaces.

Bien entendu il fut difficile de convaincre à nouveau notre malade de reprendre massages et rééducation d'autant qu'au décours de ces crises la malade est encore plus asthénique aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique : il est aussi difficile de la faire sortir du lit que de l'obliger à répondre aux questions.

Après 15 jours sans aucune crise hyperalgique la malade paraît un peu moins anxieuse et déprimée, la palpation des masses lipomateuses est plus facile, l'asthénie a tendance à diminuer.

C'est alors que Mme R... fait une crise de goutte typique au gros orteil G (uricémie passée à 1560 mg/l. La colchicine et l'elixir parégorique font tout rentrer dans l'ordre.

Par la suite le mieux s'est accentué de telle sorte que la malade est autorisée à regagner son domicile après 5 semaines de traitement.

Au moment de la sortie son humeur s'est beaucoup améliorée ; elle n'avait plus de crises de larmes, quant aux masses lipomateuses elles avaient régressées surtout au bras. La malade d'autre part avait repris une autonomie physique pratiquement normale, les douleurs étant beaucoup moins importantes.

IV

CLINIQUE

-:-

Le malade vu rarement au tout début est le plus souvent une femme près de la ménopause.

Il existe cependant des observations - anciennes il est vrai - chez des hommes et chez des jeunes femmes (voir Annexe 2).

I) DEBUT

Dans le nombre le plus important d'observations (où la malade pouvait valablement préciser l'apparition des troubles) le début est caractérisé par des douleurs qui précèdent l'adipose. La sensation éprouvée est très variable : picotements, brûlures, élancements alors que d'autres parlent de sensations de froid de constriction, de prurit ...

Les douleurs prennent peu à peu de l'intensité et les malades remarquent que la peau des régions atteintes est le siège d'une légère rougeur sans tuméfaction, on note à ce stade l'existence dans le tissu cellulaire sous cutané de petites nodosités mobiles et douloureuses à la pression.

Il faut cependant signaler qu'un nombre non négligeable d'observations font précéder l'adipose aux douleurs.

Remarquons avec FENARD que les malades ont

tendance à s'attacher davantage aux manifestations douloureuses plutôt qu'à une surcharge graisseuse débutante, ce qui autorise PICHON dans sa thèse à conclure que dans 50 p.cent des cas on observe DOULEUR puis adipose et dans les autres 50 p.cent le contraire.

Pour nous le bilan des observations consultées s'établit nettement en faveur de douleur puis adipose ; d'autant que rarement la maladie est reconnue au début de l'évolution et que le plus souvent - actuellement - la douleur est rapporté à une cellulite banale.

Après un temps plus ou moins long - mois années - s'installe la période d'état.

## 2) ETAT

### i) ADIPOSE

#### Définitions de termes :

Nous utilisons en effet adipose par respect pour DERCUM qui parle "D'ADIPOSIIS DOLOROSA" car si l'on précise le sens des termes il vient que :

ADIPOSE : est un état morbide caractérisé par la surcharge graisseuse du tissu cellulaire (le sens est "surcharge diffuse")

LIPOMATOSE : un état morbide caractérisé par l'existence d'un ou plusieurs lipomes (tumeurs formées de tissu adipeux) (le sens est "surcharge localisée")

(définitions du Dictionnaire des Termes Techniques de Médecine de Garnier et Delamare)

## Formes

On a voulu isoler diverses formes de lipomatoses de Dercum et on a reconnu classiquement:

a) une forme nodulaire : avec des tumeurs plus ou moins volumineuses de consistance lipomateuse entrecoupées de travées scléreuses donnant l'impression de "paquets de vers" à la palpation comme le dit DERCUM lui-même

b) une forme diffuse : infiltration homogène du tissu cellulaire sous cutané dans les zones atteintes sans tuméfactions visibles. Cependant dans ces formes le plus souvent la palpation révèle dans la profondeur des petites nodosités de quelques millimètres de diamètre.

Plutôt que de multiplier les formes de cette maladie, qui est encore discutée par certains auteurs, il nous paraît plus important de mettre l'accent sur le caractère commun à toutes, à savoir l'impression si particulière trouvée à la palpation : sensation de paquets de vers par la lobulation des masses graisseuses.

## Répartition

Le deuxième caractère particulier de la lipomatoses est sa répartition. Elle se trouve principalement à la racine des membres à l'abdomen en une boule adipeuse dans les cas les plus typiques, et dans le dos en bourrelets ; fait très important les extrémités des membres, la face et le cou sont respectés ainsi que le thorax dans sa partie supérieure.

### Arrêt brusque

Le troisième caractère particulier c'est l'arrêt brusque des masses graisseuses et le membre indemne fait suite brusquement à un segment considérablement augmenté de volume, cette disposition a donné lieu à des comparaisons imaginées qui reflètent l'époque où elles ont été trouvées :

- culotte bouffante de cycliste ou de vallet de pied (DUPRE)
- pantalon de zouave (BALLET)
- manche à gigot ...

Certains auteurs ont tiré parti de ces comparaisons pour mettre l'accent sur le fait que cette limitation nette des masses adipeuses se fait toujours à l'extrémité d'un segment de membre d'où le qualificatif de segmentaire proposé pour caractériser ce fait (FENARD).

### Consistance

Nous en avons déjà parlé, la palpation des zones atteintes permet d'apprécier cette consistance qui comme celle du lipome est élastique rénitente. La lobulation de la masse - insistons - donne l'illusion qu'on palpe un paquet de vers mais si molle que soit cette masse elle ne garde pas l'empreinte du doigt.

### Evolution

Elle est variable tantôt très lente tantôt rapide, mais le caractère commun est une augmentation de volume par poussées successives caractérisées par une évolution parallèle des douleurs. Il faut aussi noter le caractère bilatéral et symétrique de la répartition et de l'évolution des masses lipomateuses.

Donc : Obésité tronculaire et rhizomélique, la maladie de Dercum respecte les extrémités des membres, la face et le cou; La topographie segmentaire bilatérale et symétrique est donc le premier élément important de cette maladie.

#### j) DOULEURS

Nous en avons déjà parler comme première manifestation de cette maladie. A la période d'état, dans la majorité des cas, les douleurs n'ont plus le même caractère de spontanéité.

Elles surviennent par poussées successives paroxystiques qui marchent de pair avec l'évolution des masses qui s'accroissent . il existe entre ces poussées des périodes complètement indolores. A la palpation le plus souvent la douleur est retrouvée, mais à des degrés très divers : tantôt elle arrache des cris à la malade qui redoute le moindre attouchement, tantôt il faut au contraire une palpation profonde pour obtenir une douleur.

Les mouvements passifs et actifs sont aussi responsables de crises douloureuses, notre malade est un exemple particulièrement intéressant : une partie du traitement consistait en rééducation et les massages ont déclenché à plusieurs reprises - trois fois - des crises douloureuses, particulièrement intenses. Il a fallu ensuite user de diplomatie pour convaincre la malade de reprendre cette rééducation.

Dans une communication au congrès de Rhumatologie, PERLES et ZARA font état d'une maladie de Dercum suivie par eux depuis 8 ans. Les auteurs notent l'évolution cyclique des

douleurs et constatent quelles sont désespérément permanentes avec des recrudescences passagères. Le repos absolu permet quelquefois d'oublier la douleur.

## k) L'ASTHENIE

Elle est toujours trouvée.

Comme pour la plupart des symptômes les avis sont partagés sur cette asthénie : certains auteurs la citent en accessoire comme une caractéristique de l'état d'obésité de ces malades, d'autres en remarquant la fréquence et souvent l'importance en regard d'une surcharge graisseuse très moyenne en font un élément de la maladie de Dercum. Nous partageons cette dernière opinion.

Il faut d'ailleurs bien remarquer que cette asthénie est totale : physique et intellectuelle.

Nous avons déjà noté en notre observation le fait que l'asthénie présente une recrudescence après les crises douloureuses paroxysmiques.

## 1) TROUBLES PSYCHIQUES

Ils sont fréquents pour ne pas dire constants dans le sens le plus général de troubles de l'humeur.

DERCUM lui-même note dans son observation princeps l'irritabilité de sa malade.

La plupart des observations consultées font état de tels troubles qui couvrent en fait

pratiquement toute la pathologie psychiatrique. Le plus souvent cependant les troubles sont limités à une instabilité du caractère, volontiers irritable, à un ralentissement de l'idéation à un syndrome dépressif, mélancolique même.

Pour être précis d'ailleurs il faut signaler que un nombre non négligeable d'observations concernent des malades d'Hôpitaux psychiatriques. Ce fait a inspiré quelques auteurs qui avec FULCONIS le premier mettent au premier plan ces troubles psychiatriques et en font l'élément primordial du syndrome, refusant le diagnostic s'ils sont absents.

Nous ne serons certes pas aussi exclusif ni outrancier mais nous soulignerons que chez la presque totalité des malades étiquetés maladie de Dercum surtout dans les observations les plus récentes on trouve toujours des troubles psychiques, limités souvent à l'humeur mais existant réellement.

#### m) FRAGILITE CAPILLAIRE

Dans le compte-rendu d'une présentation de malade déjà citée De GENNES insiste sur ce phénomène noté déjà par DERCUM en sa première observation.

En effet la plupart des malades ont une grande propension aux ecchymoses qui apparaissent au moindre choc, après une palpation un peu énergique, Le plus souvent le signe du lacet est positif, mais l'étude de l'hémostase est normale même lorsque les troubles hémorragiques (plus rares) sont importants.

## n) AUTRES TROUBLES

Dans la longue série des observations publiées on trouve bien entendu de multiples affections et troubles divers, mais ce ne sont bien souvent que des rapprochements fortuits qui ne sauraient être mentionnés ici. Nous ne ferons que citer les classiques grandes maladies auxquelles selon l'époque on a voulu trouver l'explication de très nombreux maux. Il s'agit de la tuberculose et ici en fait on trouve assez souvent mention d'un passé tuberculeux (notre malade elle-même) mais rien n'indique une relation entre les deux il s'agit d'une association d'affections différentes.

Pour la syphilis la tâche est facile, la littérature n'indique à notre connaissance que de rares cas de maladie de Dercum avec une spécificité positive. Aucune relation. Cependant nous attribuons une valeur significative aux facteurs suivants :

1) Intoxication éthylique sans être générale elle est très fréquente. Elle fausse un peu le paragraphe 1 par les troubles psychiatriques qu'elle provoque. De nombreux auteurs d'ailleurs ont invoqué un mécanisme d'action de l'alcool dont nous parlerons.

2) Troubles gynécologiques : le rapprochement est facile bien sûr puisqu'il s'agit habituellement d'une femme, cependant dans nombre de cas la vie génitale de cette femme est ou a été perturbée. Certains auteurs d'ailleurs ont voulu établir une relation directe entre la maladie de Dercum et l'existence d'ovaires non fonctionnelles (ovarictomie, ménopause, tuberculose ...).

Nous retiendrons avec la majorité des auteurs le fait que les malades de DERCUM se voient le plus souvent aux alentours de la ménopause.

### 3) Les petits signes neurologiques

Ce sont le plus fréquemment :  
Atrophie musculaire (notre malade)  
zone d'anesthésie  
diminution des réflexes ostéo-tendineux.

### 4) Troubles trophiques et sécrétoires

Ils sont inconstants :  
chute des poils, ongles striés, varicosités,  
télangectasies, peau sèche ou sudation exagérée, cyanoses.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE - BIOLOGIE

-:-

A) TISSU GRAISSEUX

1) DERCUM

Il pratiqua lui-même quelques ponctions au trocart au niveau des "tumeurs" à quelques temps d'intervalle et examinant les fragments ainsi prélevés il trouva :

1°- du tissu conjonctif avec des cellules fusiformes à gros noyaux

2°- du tissu conjonctif peu abondant englobant des cellules graisseuses

3°- du tissu conjonctif réticulé abondant englobant quelques rares éléments vasculaires.

A ces trois aspects il fait correspondre trois phases symptomatiques :

1) oedème 2) adipeuse 3) sclérose

Il nota d'autre part une névrite interstitielle des filets nerveux sous-cutanés qui expliquait selon lui les douleurs.

2) BALLET

En 1903 cet auteur remarque que la névrite serait à la fois interstitielle, parenchymateuse et sous-cutanée.

3) MARINESCO et MINEA (1916)

Ils cultivent des cellules d'adipose douloureuse et obtiennent la transformation des cellules fusiformes de Dercum en cellules graisseuses.

4) TREMOLIERES et MERKLEN (1931)

Trouvent dans le tissu graisseux quelques îlots inflammatoires avec périvascularite, périviscérite mais seulement dans les régions nodulaires, ailleurs le tissu graisseux restant normal.

5) DIVERS AUTEURS (1934)

Trouvent le tissu graisseux normal même dans les nodules.

6) DESPROGES - GOTTERON (1962)

biopsie de deux cas : adipose banale.

7) LEBOURGES (1966)

Il s'agit de la malade faisant l'objet de notre observation, résultats :

i) biopsie musculaire : aucune anomalie histologique.

j) masses lipomateuses : adipose banale.

Ces différentes études mettent donc en évidence les faits suivants :

1) identité de la graisse normale avec celle de l'infiltration graisseuse des Dercum

2) lésions sous-cutanées

3) lésions nerveuses et vasculaires à type

de vascularite et de névrite interstitielle.

De ces résultats LAROCHE (Guy) conclut à l'identité du Dercum et de la cellulite, les lésions anatomiques étant en particulier identiques ou très voisines.

## B) AUTRES LÉSIONS

Il s'agit des glandes endocrines.

Suivant l'ordre chronologique nous citerons:

### 1) THYROÏDE

Elle est souvent trouvée scléreuse, hypertrophiée ou bien avec des infiltrations calcaires - souvent aussi elle est déclarée normale.

### 2) HYPOPHYSE

Nous avons déjà relaté le travail de PASTEUR VALÉRY RADOT et de ses collaborateurs qui en 1922 attirent l'attention sur cette glande, font état d'une série de 9 observations depuis DERCUM - ce qui représente une fréquence importante vu le nombre d'autopsies réalisées depuis 1888 pour cette maladie. La conclusion est qu'il faut chercher l'explication de la maladie de Dercum en une lésion hypophysaire.

### 3) GLANDES GENITALES

BURR (1900) : Ovaires petits et scléreux.

WINKELMANN : Ovaires scléro-kystiques

SICARD et ROUSSY : 2 cas d'adipose douloureuse, suites d'une ovariectomie (1903).

L'insuffisance ovarienne paraît un facteur

déterminant : elle expliquerait la survenue presque exclusive chez la femme ménopausée ou au cours des principales étapes de la vie génitale féminine de cette maladie.

D'autre part dans les rares cas relevés de cette maladie observée chez des hommes il coexiste chaque fois avec l'adipose douloureuse des altérations testiculaires et une atrophie génitale.

VI

BIOLOGIE

-:-

Les examens réalisés ainsi que les dosages multiples n'ont jamais permis de mettre en évidence une modification biologique significative pour la maladie de Dercum.

-:-



## VII

### DIAGNOSTIC

--

Si l'on respecte les critères que nous avons précédemment indiqués le diagnostic est en général facile.

#### 1) Le MYXOEDEME

Avec lequel DERCUM lui-même confronta l'adipose douloureuse, réalise des aspects différents, que l'on ne peut confondre.

#### 2) BARRAQUER - SIMONS

C'est aussi une lipodystrophie. Ici l'hypertrophie du tissu adipeux est localisée à la moitié inférieure du corps qui contraste ainsi avec la partie supérieure qui paraît atrophique. Cette affection se rencontre aussi en majeure partie chez les femmes mais elle survient à n'importe quel âge : elle est indépendante de la vie génitale.

#### 3) MORGANI-STEWART-MOREL

L'infiltration est diffuse, il s'agit d'une femme après la ménopause. L'obésité associée est le plus souvent importante de type rhizomélisque le plus souvent indolore. Les extrémités et la face sont aussi respectées. En association un virilisme pileux avec surtout un hirsutisme facial. L'hyperostose frontale interne révélée par la radio donnerait à ce

syndrome une autonomie.

#### 4) ADIPOSE GENITALE BABINSKI-FROELIG

Il s'agit d'un adolescent : l'obésité est modérée et prédomine à la racine des membres, à l'abdomen et aux hanches. Le développement sexuel est insuffisant, le métabolisme basal fortement diminué. Les signes cliniques et radiologiques sont en rapport avec une atteinte diencéphalo-hypophysaire.

#### 5) L'OBESITE EN GENERAL

Le tableau est la plupart du temps très différent.

On a voulu nier l'existence de la maladie de Dercum sous prétexte que certains obèses ont une répartition des masses lipidiques identiques à celle décrite par DERCUM.

Nous pensons :

1) que de nombreux cas décrits comme étant maladie des Dercum dans la littérature sont sujets à caution étant donné l'absence de rigueur dans la sélection des caractères de l'entité de la **maladie** de Dercum.

2) Si l'on exige pour qualifier un Dercum les différents caractères précités, nous pensons que dans la grande majorité des cas l'étiquette "maladie de Dercum" est facile à donner ou pas.

## VIII

### CONSIDERATIONS ETIO-PATHOGENIQUES

--

Diverses théories cherchent à donner une explication de cette affection. Aucune ne nous paraît apporter une explication rationnelle et définitive.

#### I) Théorie anatomique

L'adipose de Dercum est une variété de l'obésité ordinaire. Il n'y a pas une obésité mais des obèses. La répartition de la surcharge n'est pas caractéristique chez Dercum car un obèse ordinaire peut avoir une même répartition ; la douleur est aussi critiquée comme une manifestation possible d'une obésité vulgaire.

Cette théorie nous paraît paradoxale car elle ne résout absolument rien : le tableau de DERCUM tel que nous l'avons décrit nous paraît suffisamment évocateur pour que la distinction soit possible.

#### 2) Théorie inflammatoire

Suite aux travaux de TREMOLIERES, MERKLEN, TARDIEU qui décrivent dans les formes nodulaires de l'adipose des îlots inflammatoires microscopiques de taille variable et constitués de lymphocytes et de plasmocytes ainsi que de monocytes avec des lésions de vascularite et de périnévrite.

Un processus inflammatoire cellulaire sous-cutané est ainsi avancé par DEBROVICI et STOCKMANN.

Un fait expérimental s'inscrit dans ce cadre c'est la constitution de lipomes, suites à des traumatismes répétés.

Cette théorie ne mérite pas d'être discutée car aucune preuve réelle n'existe pour elle.

### 3) Théorie cellulitique

Nous avons déjà rapporté les idées de Guy LAROCHE : pour lui la similitude des lésions au cours de la cellulite et de la maladie de Dercum met l'accent sur les troubles vasomoteurs au moins initiaux, ce qui pourrait expliquer la constitution ultérieure de la cellulite et rendre compte des douleurs. En fait cela souligne l'importance du tissu cellulaire sous cutané.

L'adipose en se juxtaposant à la cellulite voilà la maladie de Dercum et tout cela relève de "petites misères" du système liporégulateur selon ces auteurs.

Cependant, nous nous permettrons deux remarques :

- 1) cette théorie en fait ne résoud rien
- 2) de nombreux travaux plus récents mettant en cause l'individualité de la cellulite même détruisant définitivement ces hypothèses.

### 4) Théorie endocrinienne

#### THYROIDE

DERCUM lui-même au début présenta son premier malade comme ayant un "sous myxoedème"

et même après avoir isolé son entité morbide il s'applique à rechercher les relations avec une anomalie thyroïdienne.

En fait l'exploration thyroïdienne rendue possible aujourd'hui par l'emploi de techniques précises ne permet pas de déceler le déficit sécrétoire thyroïdien et la cholestérolémie est rarement aussi élevée que dans l'hypothyroïdisme ; d'ailleurs le métabolisme basal est normal chaque fois que l'on a pu le mesurer. En dernier lieu il faut bien dire que les premiers traitements à base de thyroxine ne furent jamais suivis d'une quelconque guérison ou amélioration.

Bien sûr cela n'exclut pas une association fortuite d'un Dercum et d'une affection thyroïdienne.

### HYPOPHYSE

De par les travaux rapportés précédemment le rôle de l'hypophyse connut une vogue certaine que paraissait justifier la fréquence des lésions hypophysaires constatées au cours des autopsies réalisées. On a d'ailleurs rapprocher le syndrome adiposo génital de la maladie de Dercum que certains points communs font considérer comme le frère douloureux de la maladie de Babinski-Froelig (MOURIQUAND).

En fait il reste encore à fournir la preuve d'une origine endocrinienne de la maladie de Dercum.

#### 5) Théorie nerveuse

L'existence de phénomènes douloureux symétriques, la constatation de lésions nerveuses

périphériques et centrales ont permis d'invoquer une origine neurogène dont la nature pourrait être toxique ou même infectieuse (par exemple)

(alcool) (tuberculose)

CASSARET attribue la régulation fonctionnelle du tissu cellulo-adipeux à l'appareil linotrophique de la moelle, au système sympathique et aux centres diencephaliques.

L'étiologie diencephalo-hypophysaire de De GENNES se base sur les arguments cliniques suivants :

i) topographie tronculaire des obésités évoquant une origine hypophysaire

j) existence constante de troubles psychiques

k) connaissance de cas où un diabète insipide est associé.

Les obésités expérimentales ont permis de montrer qu'une obésité peut être reproduite chez l'animal par des lésions des noyaux thalamiques, ventro-latéraux ou ventraux médians et plus précisément par des lésions des bords ventro latéraux de ces noyaux ou par des lésions de l'aire dorsale ou latérale des corps mamellaires.

De même ERDHEIM a montré que l'obésité était le résultat de la destruction des connexions existant entre l'hypothalamus et le lobe inférieur de l'hypophyse.

L'existence du centre régulateur, dont l'expérimentation indique avec précision la localisation, pose le problème du contrôle de la faim et de l'appétit ; l'obésité appa-

raît quand certaines lésions de ces centres déclenchent une polyphagie, une surconsommation alimentaire.

Rien de tel n'a pratiquement jamais été signalé dans les observations de la maladie de Dercum.

Il nous paraît important de parler ici du rôle déclenchant des traumatismes psycho affectifs - notre malade en constitue un exemple : rappelons que les troubles décrits sont apparus chez une femme ménopausée ayant eu une vie affective perturbée (elle n'a pas connu ses parents, divorcée, décès de ses enfants) et après un choc émotionnel important à l'occasion d'un accident survenu sur la voie publique.

KLOTZ parle ici d'obésité neuro-psychogène pour marquer à la fois le rôle de trauma psychique et son retentissement nerveux. Pourquoi ne pas rapprocher ce fait de l'obésité dite de la ménopause qui s'accompagne, n'en doutons pas, comme toutes les étanes de la vie génitale féminine, de perturbations psychologiques importantes. Pour certaines femmes d'ailleurs la ménopause est une révolution qu'elles acceptent ou contre laquelle elles luttent : elles ont conscience d'un bouleversement capable à lui seul de perturber leur équilibre (M. PERRAULT Pr. et J. DRY).

En conclusion de ces considérations nous ferons les remarques suivantes :

I) les théories citées s'attachent surtout à donner une explication de l'obésité - en général - plutôt qu'une explication de la ma-

l'adiposité de Dercum en elle-même.

2) Pourquoi ne pas admettre une explication faisant intervenir plusieurs causes simultanées :

i) la ménopause : nous en avons vu le retentissement hypothalamique et cortical

j) les traumatismes psycho-affectifs que l'on retrouve dans la quasi totalité de Dercum et dont on connaît le rôle dans la genèse d'obésité

k) un facteur local : objectivé par les lésions de vascularite et de névrite trouvées dans les zones lipomateuses.

L'ensemble de ces perturbations engendrerait une lipodystrophie identique au Dercum.

Mais alors comment expliquer les douleurs ? Il nous semble qu'il s'agit de causalgies définies ainsi par LERICHE ; c'est une maladie fonctionnelle, un syndrome vaso-moteur et trophique créé par des réactions sympathiques en présence d'une injure extérieure.

Les douleurs de la maladie de Dercum présentent tous les caractères des causalgies : douleurs à type de brûlures, s'accompagnant d'une hyperesthésie cutanée et d'altérations de la peau qui devient rouge : elles sont soulagées par le froid. Les causalgiques sont des anxieux qui s'isolent. Tout cela peut s'appliquer au malade de DERCUM.

Nous proposons donc le schéma suivant de cette maladie : l'obésité est due à des perturbations hypothalamiques et corticales dues

à la ménopause et à des traumatismes psychiques ; la répartition de cette surcharge graisseuse est conditionnée par des altérations locales du tissu sous-cutané (névrites et vascularites). Les douleurs,elles, sont des causalgies déterminées par un syndrome vaso-moteur et trophique créé par des réactions sympathiques en présence de modifications locales.

Il faut bien sûr rester très prudent et nos considérations ne sont qu' un essai d'explication.



IX

TRAITEMENT

-:-

I) CLASSIQUEMENT

La littérature nous offre une multitude d'essais et de médicaments utilisés. Tous ont le même caractère : leur inefficacité. Citons pour mémoire :

1) Opothérapie ou l'hormonothérapie :  
thyroïdienne  
ovarienne  
plurigandulaire

2) prostigmine les amphétamines pour lutter contre l'asthénie.

2) ACTUELLEMENT

Il est cependant possible de bâtir un schéma thérapeutique logique :

1) régime : la restriction calorifique ne sera pas laisser au hasard et les principes de diététique sont maintenant bien connus pour qu'il soit facile de mettre au point un régime approprié, en évitant une quelconque carence.

En ce qui nous concerne nous avons réduit les rations lipidiques et glucidiques. Bien entendu il ne saurait être question de réaliser une carence quelconque (vitamines, oligo-éléments).

2) physiothérapie : elle reste difficile à mettre en oeuvre en dehors de l'hospitalisation et d'une équipe particulièrement compétente étant donné les résistances vives et multiples à vaincre chez ces malades asthéniques et souffrant à la moindre mobilisation musculaire.

Cette rééducation doit être conduite avec prudence et comprendre :

i) des massages d'abord localisés aux zones non atteintes ce qui permet de mettre en quelques jours le malade en confiance (n'oublions pas que il s'agit de personnes déprimées et souvent angoissées).

j) puis des manipulations douces et légères sur les zones atteintes, ces massages et triturations étant plus ou moins profondes selon l'évolution des douleurs doivent être réalisés en salle et non au lit du malade

k) des exercices de musculation en commençant tout d'abord par des mouvements passifs puis par des mouvements actifs quand la confiance commence à être obtenue.

### 3) TRAITEMENT ANTI-DEPRESSEURS + NEUROLEPTIQUES

C'est bien la première chose à faire, d'autant que cette thérapeutique permet d'obtenir rapidement une détente, une libération, un mieux être de la malade ce qui joue un rôle sur l'évolution des douleurs.

### 4) LES OPPORTUNITES MEDICALES

i) Il s'agit, ne l'oublions pas, d'une malade qui peut présenter et qui présente sûre-

ment de nombreuses petites misères qu'il est important de corriger rapidement :

sommeil perturbé

constipation

goutte ..

j) les petits moyens : ils sont quelquefois particulièrement intéressants et à ne pas négliger :

vessie de glace

alternating

nursing et gentillesse du personnel

Le traitement ainsi établi a donné pour notre malade des résultats encourageants. Nous ne saurions parler de guérison n'ayant qu'un seul cas à rapporter mais voyant notre malade entrée quelques semaines plus tôt agressive, angoissée, sortir du service avec le sourire et ayant retrouvée une partie de son autonomie physique, nous sommes conduits à penser être dans la bonne voie.



X

## EVOLUTION

-:-

La maladie de Dercum est une affection à évolution lente.

Jamais assez grave pour mettre directement en jeu le pronostic vital elle est désespérément chronique.

Classiquement les douleurs et l'accroissement des masses lipomateuses se font par poussées successives.

-:-



## XI

### CONCLUSIONS

-:-

Depuis 1888 où la lipodystrophie fut isolée par DERCUM quelques centaines de cas de cette maladie ont été rapportés.

L'étude d'une observation originale et des cas publiés nous permettent de faire les constatations suivantes :

1) Sur le plan clinique la maladie de Dercum s'est progressivement précisée et ses caractères propres en font une affection particulière qui mérite d'être isolée des autres lipomatoses.

2) Sur le plan étiopathogénique de nombreuses obscurités demeurent. Nous présentons cependant le schéma suivant :

L'obésité serait due à des perturbations hypothalamiques et corticales, les causes étant diverses : néoplasie, séquelles d'encéphalite et de méningite, intoxication alcoolique, sans oublier la ménopause et les traumatismes psycho-affectifs.

La répartition si particulière des masses lipomateuses mettrait en jeu un facteur local, objectivé par les lésions de névrite et de vascularite. Les douleurs enfin sont rapportées à un syndrome vaso-moteur et trophique

créé par des réactions sympathiques en présence de modifications locales.

3) Les récents progrès dans la connaissance des séquences métaboliques et en particulier une meilleure approche des relations entre structure nerveuse et métabolisme cellulaire permettent de penser qu'une explication rationnelle et précise pourra être donnée de cette pathologie.

-:-

Vu :  
Le Président :  
Signé : H. BRICAIRE

Vu :  
Le Doyen :  
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :  
Le Recteur de l'Académie de Paris  
Signé : Jean ROCHE

XII

ANNEXES

--

ANNEXE I : Références des cas jeunes femmes  
et hommes.

I) Jeunes femmes

BABONNEIX, AZERAD et WIDIEZ  
(Gaz. Hôp. 1927, p.64)

LAIGUEL, LAVASTINE et LARGEAU  
(Bull. & Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris,  
1933, p.665, n°47).

PRICE et BIRD  
(J.A.M.A., 1925, p.247).

2) Hommes

DERCUM et Mac CARTY  
A.J.M. Soc. 1902, p.994

EWALD  
1955 Berlin. Woch Sch.

HALLOPEAU et BOUDET  
(Bull. Soc. Franç. de Derm. 1906, p.1065)

MARINESCO  
Men. Soc. Biol. 1916, p.866

MATHESON  
Bristish Med. J. of Derm. 1934, p.311.

MASSARDIER - Thèse (1959).

ANNEXE 2 : Caractéristiques des 10 derniers cas publiés  
de maladie de Dercum

|                   | Douleur + Adipose | Douleur palpation | Crises paroxys-<br>tiques | Asthénie | Troubles psychi-<br>ques | Fragilité capil-<br>laire | Hérédité | Hypophyse | Polurie | Alcoolisme | Tuberculose | Syphilis | Goutte |
|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|----------|--------------------------|---------------------------|----------|-----------|---------|------------|-------------|----------|--------|
| De GENNES (1946)  | +                 |                   |                           | +        |                          | +                         | ○        | ○         | +       |            | +           |          | +      |
| AYACHE (1947)     |                   |                   |                           | +        |                          | +                         | ○        | ○         | +       |            | +           |          |        |
| PERLES (1956)     |                   | +                 |                           | +        | +                        | +                         | +        | +         | +       |            |             |          |        |
| MASSARDIER (1959) | +                 | +                 |                           | +        |                          | +                         | ○        | +         | +       | +          |             |          |        |
| ABELY (1959)      | +                 | +                 |                           | +        |                          |                           | ○        | +         |         |            |             |          |        |
| DUBARRY (1960)    | +                 | +                 |                           | +        |                          |                           | ○        |           |         |            |             |          |        |
| DESPROGES (1962)  | +                 | +                 |                           |          |                          |                           | ○        |           |         |            |             |          |        |
| PICHON (1963)     | +                 | +                 |                           |          |                          | +                         |          |           |         |            |             |          | +      |

XIII

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AYACHE

Maladie de Dercum.

Thèse Paris 1947.

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

117<sup>e</sup> année, TI n°4, avril 1959 (698/704)  
présentation de malade de M. Paul ABELY  
et Mme N. RICARDEAU.

ALAJOUANINE et Coll.

Presse Médicale 1957, 65, 1385.

ARNE

Journal Médical de Bordeaux 1958, 135-78.

ABELY & RICARDEAU

(voir Annales médico-psychologique)

ACHARD et LAUBRY

Adipose douloureuse.

Revue de Neurologie juin 1901 (419-555).

BORDE

Etude clinique sur les rapports existants  
entre la maladie de Dercum et l'adipose  
simple.

Thèse Paris 1907.

BREFFEIL

Etude critique sur le syndrome de Dercum.  
Thèse Bordeaux 1936.

BONNETON

Obésité post-traumatique.  
Paris 1955 (thèse).

BARBONNEIX, AZERAD & WIDEZ

Adipose douloureuse.  
Gazette des Hôpitaux, 1925, n°64.

BORDET

Lipomatose symétrique douloureuse.  
Bulletin médical 1906.

BULLETIN DE LA STE FRANCAISE DERMATO & DE  
SYPHILLIGRAPHIE

Tome 67, n°1, janvier-mars 1960, p.52.  
DUBANY - Le COULANT - J.VINCENDEAU,  
A. MAUQUIER  
Adipose douloureuse de Dercum.

BERGERON

Adipose douloureuse.  
Rev. Neuro. 28.11.1908.

BERNARD Léon

Adipose douloureuse et tuberculose.  
Société médicale 28 juin 1907.

BOUJIN

Lipomes d'origine nerveuse.  
Thèse Paris 1892.

BERKORVITSCH

De l'obésité génitale de la femme et ses  
rapports avec l'adipose douloureuse.  
Thèse Paris n°337, 1908.

BOLLER

Traitement de la maladie de Dercum par  
la novocaïne. 15.12.1934, t.13, n°50  
Klinische Wochenschrift.

BAHNER F.

Causes de l'obésité.

Internist (en allemand) 1964, 152.

BOURRAT

Lyon Médical 1962, 815-845.

BRACHART (L)

Thèse Alger 1955, n°86.

Obésités au cours des tuberculoses pulmonaires.

BUGE A.

Hypothalamus et syndromes endocriniens.

Thèse Paris 1950.

BABONNEIX et SPANOWSKY

Bulletin et Mémoire de la Société médecine des Hôpitaux de Paris 1913, p.432/437.

2 cas d'adipose douloureuse.

BALLET

Adipose douloureuse.

Presse Médicale avril 1903.

BOUDET

Lipomatose symétrique et douloureuse.

Bulletin Médical 1904, p.816.

BURR

A case of adiposis dolorosa with necropsy.

Journ. of Nervous and mental diseases.

New York 1900.

BABONNEIX et DENOYELLE

Obésité dans l'hydrocéphalie.

Bulletin et mémoire de la Société Médecine des Hôpitaux de Paris (27.1.1922)

CREMIEUX

Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique. Thèse Montpellier 1905.

CAMUS et BENOIT

Sur un cas de maladie de Dercum.  
Revue générale et thérapeutique. Journal  
des Praticiens, février 1912.

CAPELL et MATLECON

A case of adiposis dolorosa.  
British Journ. of dermato., juillet 1934,  
46, p.311-313.

COSSA

L'adipose douloureuse.  
Rev. Neuro. 2.6.1932, p.1400, n°16.

CROUZON et NATHAN

Sur 1 cas de maladie de Dercum.  
Revue Neuro, mars 1907, p.297, n°6.

CRUMMER

Adiposis dolorosa 300 years before  
Journ. of Amer. Med. Assoc. Chicago,  
1924, LXXXVI, p.1420.

CECCHINI

Un syndrome identique à celui décrit par  
DERCUM.  
Gazette Médecine de Rome 1903, 6, p.328.

CHEINISSE

L'identité de l'adipose douloureuse avec  
la maladie de Dercum.  
Semaine Médicale juillet 1903.

CLARK

A case of Dercum's disease with hysterical  
manifestation.  
The journal of Nervous and mental diseases.  
New York 1919.

CLAUDE & CESARY

Adipose douloureuse avec asthénie.  
Action de l'opothérapie thyroïdienne.  
Gazette des Hôpitaux 14.1.1913.

DARCY

Adipose douloureuse. Guérir 1935.

De GENNES, BRICAIRE, DURUPT

Syndrome de Dercum.  
Bulletin Société Médicale des Hôpitaux  
de Paris, 1946.

DERCUM

A subcutaneous connective tissue dystrophy  
of the arm and back with symptoms  
resembling myxoedema.  
A.M. Neuro Association 18 septembre 1888  
in Boston Medical.

DERCUM

Adiposis Dolorosa.  
Am. J. Med. & Sc. 104, 521, 1892.

DERCUM

Autopsy in a case of adiposis dolorosa  
with with microscopical examination.  
Jour. of Nerv. and mental diseases, 1900,  
p.419.

DERCUM

2 cases of adiposis dolorosa one in a man  
complicated by epilepsy abother in a woman  
presenting also circinate retinisis.  
Philadelphia Med. Jour. 1902, p.396.

DERCUM & Mac CARTHY

Autopsy in a case of adiposis dolorous.  
Am. J. of Med. Sc. 1902.

DERCUM

A case of adipose dolorous with joint changes.

J. of Nervous & Mental Desaeses 1912.

DERCUM

Three cases of a mitherto un classified affection ressembling in its grosser aspect obesity but associated with special nervous symptoms : adiposis-dolorosa.

The Am. J. of Med. Sciences nov. 1892, n°1, p.521-531.

ESHNER

A case of adiposis dolorosa.

The philadelphine Med. Journal oct. 1898.

DESPROGES, GOTTERON

Syndrome de Dercum.

Semaine des Hôpitaux 1962 (14.12.62) 93, n°68, p.3774/80.

DEBROVICI

Sur la nature de l'adipose douloureuse.

Bulletin Société Française de Dermato

Syphilligraphie, 1914, p.220.

DUPRE et GRIoux

Adipose douloureuse segmentaire.

Société Neurologie 1906, p.1089.

DUBARRY, LECOULANT, J. VINCENTEAU, A. MAUQUIER

Adipose douloureuse de Dercum.

Bull. Sté Fr. Dermato. & Syphi. tome 67, n°1, janv.mars 1960.

De GENNES

Revue du Praticien 1952, 2, 1017 (n°16).

DREYFUS Gilbert, LAMOTTE et JOB  
Obésité et système nerveux central.  
Sem. des Hôpitaux avril 1950, n°31.

DEBOVE  
Adipose douloureuse,  
Presse Médicale, juillet 1901.

DELUCQ  
Maladie de Dercum, Presse Médicale  
17.7.1904.

DIDE et LEBORGNE  
Un cas de maladie de Dercum.  
Société de Neurologie 1903.

FULCONIS  
Maladie de Dercum et lipomatose douloureuse.  
Thèse Lyon 1904.

FRESSINEAU  
Thèse Bordeaux 1905.  
Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse.

FENARD  
Adipose douloureuse segmentaire rhizomé-  
lique.  
Thèse Paris 1911.

FOURNIER  
Syndrome de Dercum par hypovarisme.  
Annales des maladies vénériennes 1919, p.138.

FRANKENHEIMER  
Adiposis dolorosa.  
J.A.M.A. mars 1908, p.1012 (45e cas)

de GENNES, BRICAIRE, DURUPT  
Présentation de malade.  
Bull. Société Med. Hôpitaux de Paris 1946

n°20-21.

Syndrome de Dercum apparition de multiples  
signes hypophysaires dont une acromégalie  
fruste.

GOLDFARD

Thèse Paris 1963.

GUILLAING et ALQUIER

Maladie de Dercum.

Archive Med. exp. et anapath. 1906, p.

GAUBERT

Thèse Paris 1964.

HALE WHITE

A case of adiposis dolorosa.

British Med. Jul. 2.12.1899.

HASKOVEL

1 cas de maladie de Dercum.

Revue Neuro. 15.12.1906.

HOWEE

Maladie de Dercum.

Thèse Paris mars 1904. n°227.

HALLOPEAU et DAINVILLE

Maladie de Dercum avec infiltrations mas-  
sives disséminées et hyperplasie mammaire  
chez un adulte.

Bull. Acad. Med. Paris 1914, LXXI,  
p.406-416.

JOSEPHOWITH

Adipose douloureuse chez un enfant.

Revue Russe de Med. 1908, n°17.

GOLDBLUM

Le syndrome de Dercum.

Thèse Paris 1927, n°457.

GALEN

Maladie de Dercum.

Thèse Montpellier 1920, n°186.

HAGUENAUER

Obésités d'origines centrales.

Thèse Paris 1957.

HEINERK

Adipose : excision massive de graisse  
sous-cutanée.

Société Méd. de Bordeaux 1925.

Henry Jean Charles

Thèse Lyon 1960.

La lipomatose symétrique bilatérale à  
propos d'un cas, aspect biochimique de  
cette affection.

HERSCHBERG A.D.

Presse Médicale 1955, 63, 325.

HERSCHBERG A.D.

Médecine et Hygiène, 1965, 23, 104.

HALLOPEAU et BOUDET

Sur un cas de maladie de Dercum avec ca-  
ractère particulier.

Bull. Soc. Franç. de Derm. & Syphi. 1906,  
p.1065.

JANSEN

Dercum's disease.

British Journ. of Phys. Med. 1932/18  
p.958, 967.

JOUBERT

Syndrome de Dercum et syndrome de Ricochon.  
Paris Méd. 1936.

JUDLICH

Zur posologie und des Dercumchen kankheit  
Medizinsche Klinit 1925, p.1189.

JUDE (M.)

Obésités des malades psychiatriques.  
Thèse Paris 1965, n°472.

JODKOWSKI H.

Un cas de maladie de Dercum traitée par  
l'urethane et le nitrogralunogène.  
Polski tygod Lekarski 1959, 14, 32  
1492-94.

JOFFRES

De l'adipose douloureuse sans troubles  
psychiatriques marqués.  
Thèse Paris 1907.

KLOTZ (H.P.)

Entretiens de Bichat (médecine) 1957, 341.

KLOTZ

Semaine des Hôpitaux 1953, 29, 1733.

KLOTZ

Congrès Nal. des Sciences Médicales,  
Bucarest 1957, 403.

KLOTZ

Semaine des Hôpitaux Paris 1956, 32, 3362.

KLINGMANN

Adipose douloureuse.  
New York Med.Jour. Nov. 1908

LANNOIS et BENSAUDE

P. Med. 1.6.1898 et Revue Neuro. 1901,  
p.953.  
Adénolipomatose symétrique.

LAUGIER

Les lipomatoses.

Gaz. Med. 1961, 68, 1739/46.

LABBE et BOULIN

Lipomatoses et maladie de Dercum.

Bull. med. soc. Med. des Hôp. de Paris  
1927 (20 mai).

LAROCHE

Adipose douloureuse et maladie de Dercum.  
Pathogénie cellulitique. Ann. de médecine  
1928 (mai).

LERI

Quelques formes cliniques d'adiposes  
localisées.

Monde Médical 1924.

LIEBELT (RA et Coll).

Proc. Soc. Exp. biol. mod. 1961/108/377.

Noyau ventral de l'hypothalamus contrôle  
de la sécrétion de l'ACTH.

LAIGNEL, LAVASTINE et LARGEAN

Un cas de maladie de Dercum.

Bull. et mém. de la Société méd. des Hôp.  
de Paris, 1923, p.

Le MEGNEN

Sur un cas d'adipose douloureuse.

Gaz. Med. de Nantes 1906.

LORTAT, JACOB et VITRY

Adipose par lésions nerveuses.

Rev. Méd. 1909, p.184, n°5.

MASSARDIER Paul

Syndrome de Dercum. Considérations cliniques  
et étiopathologiques à propos d'une  
lipodystrophie douloureuse avec atrophie

cérébrale chez un alcoolique cirrhotique.  
Paris thèse 1959, n°883.

MIQUEL

De la valeur nosologique de la maladie de  
Dercum. Thèse Paris 1904.

de MASSARY

Adipose douloureuse chez une tuberculeuse.  
Bull. Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris  
1907.

MERKLEN, ISRAEL et ARON

Maladie de Dercum.  
Etude Anat. et Biolo. Bull. Mém. Soc.  
Méd. Hôp. Paris 1933 (26 mai).

MEIGNEN et LEVEQUE

1 cas d'adipose douloureuse.  
Bull. Médical avril 1906.

NGUYEN-DINH-DUC

Maladie de Dercum.  
Thèse de Montpellier 1940.

NICAUD P., LAFITTE A.

Maladie de Dercum à évolution rapide as-  
sociés à des troubles endocriniens hypo-  
physaires et thyroïdiens.  
Bull. Méd. soc. méd. des Hôp. de Paris  
7.14 nov. 1947, n°30131, p.939-941.

PICHON Alain

A propos de 2 cas de maladie de Dercum.  
Thèse Méd. de Bordeaux 1963, n°48.

PRINET

Contribution à l'étude de syndrome de  
Dercum. Lille 1907 - Thèse.

POIRIER

Maladie de Dercum.  
Montpellier 1911, thèse.

PASTEUR VALERY RADOT & DOLFUSS

Adipose douloureuse diffuse avec modification de la selle turcique.  
Bull. Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris 1922 juin.

PLICHET

Maladie de Dercum.

PATHE G.

Concours médical, 1958, 80, 16.

ODDO et CHASSY

Adipose douloureuse accompagnée de troubles vaso-moteurs et de sclérodermie.  
Revue Neuro. n°2, 30.1.1902.

PAGE J.M.

Chemische Untersuchungen bei der Dercumaachen Krankheit.  
Arch. path. Anat. 1931, 279.

PRICE

Adiposis dolorosa.  
Philadelphia Neur. Soc. 23 oct. 1906.

PRUNIER

Adipose douloureuse.  
Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1907, p.168.

ROUX et VITAUT

1 cas d'adipose douloureuse.  
Rev. Neuro. 1901.

RAYMOND et GUILLAIN

Adipose douloureuse.

Rev. Neuro. 1904, 2.6.01904.

ROSENBERG B., HURWITZ et HERMANN

Maladie de Dercum avec infiltration graisseuse rétro-péritonéale et paravésicale inhabituelle.

Surgery set. 1963, 54, n°3, 451-455.

ROUX et JOHANNY

Maladie de Dercum et goître exophtalmique.

Rev. Neuro. Paris 1902.

REBECCA (Mme TOPAROFF)

Adipose douloureuse.

Thèse Nouv. 1911, n°6.

SICARD et BERKOVITSH

Adipose douloureuse de Dercum par insuffisance ovarienne, ses relations avec l'obésité d'origine génitale.

Bull. Mém. Soc. Med. des Hôpt. Paris 1908.

SPANOWSKI

2 cas d'adipose douloureuse.

Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris 1913, 36 (3)  
431-437.

SICARD et ROUSSY

2 cas d'adipose douloureuse, suite d'ovariectomie.

Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris 16 oct. 1903  
(20) 3 p.1068, 1073.

SMITH

The fat Queen.

Avr. Pract. and Digest. Treat. 2/337/1951.

"SURGERY"

Sept. 1963, vol.54, Number 3.

SELLERIN

Paris 1903, thèse : Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse.

SIMONESCO

Adipose douloureuse.  
Rev. Neuro. 6.6.1901.

SPILLER William

Report of 3 cas of adiposis dolorosa.  
Medical Neur. 26.2.L898.

SEZAUG

4 cas d'adipose douloureuse.  
Rev. Med. 1907, p.59-69, n°4.

SPAETH

Adiposis dolorosa with report of case.  
North Carolina M.J. 1949, 10, 269.

STEIGER W.A., LITVINH LASCHE

L'adipose douloureuse de Dercum.  
New England J.Med. 11 sept. 1952, 247,  
n°11, p.393-396.

P. SAINTOU et J. FERRAUD

Maladie de Dercum.  
Revue Générale, Gaz. des H. 22 août 1903.

TREMOLIERES, TARDIEU et MERKLEN

Syndrome de Dercum. Cellulite et ménopause.  
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.  
de Paris, oct. 1931, p.1496.

VITAUT

Maladie de Dercum.  
Lyon 1901, thèse.

VEVNEYLEN et HEERM

Maladie de Dercum avec troubles mentaux  
prédominants.

Soc. Méd. Neur. de Belgique 1937 in  
Bruxelles Médical.

VILLAR et AUDIT

Le problème de la cellulite et ses lacunes.  
Gaz. Méd. 1962, n°69, 2269.

VAGUEJ

Revue du praticien, 1961, 11, 607.

VEZZY

Obésités hypophysaires.  
Thèse Paris 1956, n°399.

WALDORPS

An original clinical interpretation of  
Dercum's disease.  
Endocrino. Los Angeles 1924, VII, 5460.

WACHS E.

Le traitement de la lipomatose douloureuse.  
Z. Bl. Clin. 19 oct. 1957, 82, n°42  
1787-1782.

WILSON C.L.

Adiposis dolorosa.  
Am. J. Surg. 1933, 19 - 485.

WINKELMAN

Adiposis dolorosa (Dercum's disease).  
A clinicopathologic study J.A.M.A. 1925,  
85, 1935.

WOLEL M.G. et PASTOR W.

Adiposis dolorosa. Dercum's disease.  
Treatment of the asthenic phase with  
progstignine.  
J.A.M.A. 1938, 110, 1261.



